

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

119

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jean AUZELOUX

Né à Lanteuil, le 23 Février 1903

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de l'adénopathie épitrochléenne
au cours de la syphilis secondaire

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jean AUZELOUX

Né à Lanteuil, le 23 Février 1903

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de l'adénopathie épitrochléenne

au cours de la syphilis secondaire

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGRÈZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	CUNéo.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphil- graphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEI. LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR GUGEROT

M. LE PROFESSEUR AGREGÉ SEZARY

*Qu'il veuille bien accepter nos
vifs remerciements pour la bien-
veillance avec laquelle il nous a
accueilli et pour les conseils pré-
cieux qu'il a bien voulu nous don-
ner dans la préparation de ce tra-
vail.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

- M. le Professeur DELBET ;
- M. le Professeur ACHARD ;
- M. le Docteur CHIFOLIAU ;
- M. le Professeur agrégé CLERC ;
- M. le Professeur NOBÉCOURT ;
- M. le Professeur agrégé CHEVASSU ;
- M. le Professeur Jean-Louis FAURÉ ;
- M. le Docteur RAVAUULT.

INTRODUCTION

Les syphiligraphes ont depuis longtemps reconnu que l'agent de la syphilis possède une action élective évidente sur les tissus lymphatiques, l'adénopathie de la syphilis en est une des caractéristiques les plus marquées. D'autre part, il a été prouvé que, de toutes les lésions, celles où les spirochètes sont en plus grand nombre, ont leur siège dans le tissu lymphatique.

Montgomery, parlant de l'inoculation, dit que dans la grande majorité des cas, le point de départ de l'infection siège au niveau des muqueuses ou dans les corpuscules de Malpighi de la peau, organes dépourvus de vaisseaux sanguins et riches en espaces lymphatiques ; il en déduit que, probablement, il n'y a nulle part dans l'économie, un milieu plus favorable à la vie du tréponème. Il ajoute que si l'on suit le chemin parcouru par le micro-organisme envahisseur on voit son effort continuel pour pénétrer dans le sang à travers la mince cloison du tissu lymphatique; le sang, en se défendant, le repousse dans les vais-

seaux lymphatiques; il semble donc probable que l'invasion de l'organisme par les tréponèmes se fait par l'intermédiaire du tissu lymphatique. L'avance de l'infection est ainsi retardée à chaque nodule lymphatique, les tréponèmes n'étant capables de continuer leur marche que par la force du nombre, quand les ganglions ont été envahis. L'économie absorbe graduellement les toxines des tréponèmes, gagnant ainsi un peu de temps pour rassembler ses forces défensives avant d'être soumise à une attaque massive au moment où les spirochètes pénètrent en grand nombre dans le système circulatoire. Les quelques spirochètes qui, à cette phase de l'évolution, s'échappent dans la circulation générale, quittent les capillaires de la périphérie grâce à la lenteur de la circulation et à la fragilité des cloisons et pénètrent à nouveau dans les mailles du tissu lymphatique. Ce phénomène d'infiltration se continue pendant toute la seconde période d'incubation, et c'est seulement quand tout le système lymphatique est débordé par les parasites se multipliant sans cesse que la période secondaire commence.

Les nodules lymphatiques locaux s'hypertrophient au début de la période primaire — ceci est naturellement dû au grand nombre d'organismes qui se sont procrés au niveau du chancre et qui se sont précipités le long des vaisseaux lymphatiques vers les ganglions les plus proches. Les nodules lymphatiques du reste du corps sont attaqués plus tard et graduellement.

Au cours de la période secondaire il est probable

que tous les ganglions lymphatiques du corps sont le siège d'une bataille malheureuse et deviennent chroniquement infectés, le gonflement des ganglions persistant souvent pendant toute la vie du syphilitique.

Fernet dit qu'en même temps que l'éruption secondaire apparaissent de nombreuses adénopathies en différents points du corps, qu'elles persistent comme un stigmate de la vieille infection et qu'elles ont une grande valeur dans le diagnostic de la syphilis latente. De ce point de vue, les ganglions épitrochléens et sous-occipitaux sont remarquables, en ce qu'ils constituent un stigmate permanent et persistant qui permet de soupçonner la nature syphilitique de la maladie d'étiologie obscure.

On convient généralement que tous les ganglions du corps, qu'ils soient superficiels ou profonds s'hypertrophient dans la syphilis, mais si, au point de vue diagnostic l'adénopathie des ganglions profonds ne présente généralement pas grand intérêt, il n'en est pas de même de celle des ganglions superficiels, accessibles à la palpation, car elle peut permettre de préciser un diagnostic clinique.

Fournier disait que le virus avait une affinité spéciale pour certains groupes de ganglions, mais ceci n'est pas entièrement prouvé; la question de savoir si certains ganglions ou groupes de ganglions sont plus souvent hypertrophiés dans la syphilis a été souvent discutée par un grand nombre de syphiligraphes fameux. La difficulté d'accepter leur jugement sans réserves vient du fait qu'il n'en est pas deux d'entre

eux qui soient d'accord quant à l'affinité du spirochète pour tel ou tel groupe de ganglions.

La répartition des ganglions superficiels du corps est bien connue; ils peuvent être isolés ou groupés, ce sont : l'occipital, le post-auriculaire, ou mastoïdien, le pré-auriculaire (parotide), le sub-maxillaire, le sub-mental, le post-cervical, l'ante-cervical, l'axillaire, l'*épitrochléen* ou antecubital, et l'inguinal.

Les ganglions inginaux et anté-cervicaux sont palpables sur un tel nombre d'individus normaux, que leur hypertrophie signifie peu de chose dans le diagnostic différentiel; les ganglions axillaires ne sont pas nettement palpables pour des raisons anatomiques, en fait, on peut les classer dans les lymphatiques profonds.

L'occipital, abrité sous l'aponévrose, n'est pas réellement palpable chez les individus normaux et, quoique il puisse s'hypertrophier à la suite d'affections du cuir chevelu, il est très apprécié par un grand nombre de syphiligraphes, car il est palpable chez un très grand nombre de syphilitiques.

Les ganglions auriculaires ne sont pas assez souvent hypertrophiés par la syphilis pour que les constatations négatives à leur égard puissent avoir quelque valeur.

Les sous-maxillaires et sous-mentaux sont d'une grande aide pour le diagnostic positif de la syphilis, car ils sont souvent hypertrophiés et palpables; cependant ils sont susceptibles de s'infecter si fréquem-

ment pour des causes banales (affections de la bouche et des dents) que leur intérêt s'en trouve diminué.

Les ganglions post-cervicaux appartiennent au groupe « utile », ils sont moins souvent hypertrophiés par la tuberculose que ceux de la chaîne antérieure; néanmoins leur réaction au bacille de Koch n'est pas assez rare pour permettre de poser sur leur présence un diagnostic de syphilis probable et il faut toujours envisager la possibilité d'un hybride.

Ainsi donc, grand est l'intérêt que présente l'adénopathie épitrochléenne au cours de la syphilis, et nombreux sont les avantages qu'elle présente sur celle des autres groupes ganglionnaires, en effet :

Le ganglion épitrochléen est facile à repérer et à palper.

Son hypertrophie reconnaît rarement d'autres causes que la syphilis.

Son territoire est connu, facilement explorable.

Quand il n'est pas hypertrophié il n'est pas normalement palpable.

Quand hypertrophié il est toujours palpable, sauf chez quelques rares adipeux.

Le docteur Friedlander donne l'ordre d'importance suivant :

Epitrochléens; occipitaux; post-cervicaux.

Mais d'autres observateurs donnent une classification complètement indifférente, la question est donc bien loin d'être résolue.

HISTORIQUE

VIRCHOW, en 1860, suggéra que les ganglions lymphatiques servent de dépotoir au virus et protègent ainsi pendant un temps donné le reste du corps, et finalement, après imprégnation complète et dans des conditions favorables, agissent occasionnellement comme une nouvelle source d'infection pour l'économie.

SIGMUND semble avoir été le premier à mettre en lumière l'importance de l'hypertrophie des épitrochléens dans le diagnostic de la syphilis.

CAMPANA, en 1870, appelle l'attention sur les adénopathies superficielles dans un article dans lequel il discutait leur évolution pathologique, et apportait une attention considérable à l'hypertrophie des ganglions superficiels pendant la syphilis secondaire. Il établissait que la différenciation entre les adénites tuberculeuses et les adénites syphilitiques était importante et pensait que les ganglions les plus communément hypertrophiés pendant la syphilis secondaire étaient :
les sous-maxillaires,

les axillaires,
les inguinaux,
les épitrochléens (moins souvent).

OTIS, 1871, lut un travail devant la Société Médicale du comté de New-York, dans lequel il développait la théorie que la période d'incubation de la syphilis représente le temps requis par le spirochète pour traverser la distance qui sépare le point d'inoculation de l'intérieur d'un ganglion lymphatique. Il concluait que l'on peut trouver une explication satisfaisante à quelques-unes des manifestations tardives de syphilis dans des phénomènes qui dépendent entièrement de la circulation lymphatique; et que c'est à travers le système lymphatique seul, que le processus infectieux syphilitique est propagé vers des points éloignés du siège de l'inoculation.

FOURNIER, en 1872, au sujet des adénopathies de la syphilis secondaire, classait les ganglions lymphatiques en quatre groupes par ordre de leur fréquence d'infection, de la façon suivante :

post-cervicaux, occipitaux et mastoïdien ;
ante-cervicaux ;
sous-maxillaire ;
inguinaux, pré-auriculaire et épitrochléens.

Non content de mettre les épitrochléens à la dernière place, il ajoute à leur sujet : « En ce qui touche l'adénopathie des épitrochléens, sa fréquence a été grandement exagérée toutes les fois qu'on en fait un signe habituel et commun de syphilis; je l'ai cherché avec un soin scrupuleux sur plusieurs centaines de

malades et ne l'ai rencontré que dans des cas rares; c'est dans la période secondaire et à son tout début, pendant le premier mois de cette période, que les adénopathies apparaissent le plus communément; il n'est pas rare de les observer un peu plus tard au cours de la seconde année, mais ensuite elles deviennent de moins en moins communes et après la troisième année, elles n'apparaissent que rarement. » Il ajoute qu'après la dixième année elles disparaissent. « Si elles ont existé, dit-il, elles cessent d'être palpables. »

Dans son traité de 1889, Fournier modifie son opinion à l'égard des groupes de ganglions les plus fréquemment touchés, et il déclare que la prédilection de la syphilis pour certains ganglions est un phénomène curieux. Voici sa nouvelle classification :

post-cervicaux,

anté-cervicaux,

épitrochléens.

Et alors il ajoute : « L'hypertrophie de ces derniers, quoique moins fréquente, est beaucoup plus intéressante en raison de leur localisation et de l'absence totale d'une étiologie autre que la syphilis. Cette adénopathie se présente sous des formes diverses : elle peut être unilatérale ou bilatérale; elle peut comprendre un ganglion ou plusieurs (deux ou trois). » Il insiste à nouveau cependant sur le fait que cette adénopathie se résorbe graduellement sans nouveaux phénomènes et que le ganglion finalement s'atrophie et disparaît. Il attire l'attention sur un article de DE

AMICIS qui prétend que l'adénopathie persiste beaucoup plus avant dans l'évolution de la maladie.

AUGAGNEUR, en 1895, déclare que les adénopathies primaires et secondaires ne sont pas tellement le signe de l'intensité de l'infection que la mesure de la résistance opposée par l'individu à la montée de l'infection ; son argument est que la syphilis acquise chez l'enfant produit d'énormes et persistantes adénopathies glandulaires et que, dans ce cas, la maladie est très bénigne. D'un autre côté, chez les malades âgés et où les ganglions sont atrophiés, la maladie est grave. Chez le fœtus il y a inoculation directe sans intervention de phagocytose et, dans le cas de syphilis congénitale, la maladie est d'une extrême gravité. Son avis était que là où l'adénopathie était intense la syphilis n'était pas grave et que son pronostic était bon. Il concluait qu'il n'y avait aucune raison de favoriser l'activité de la phagocytose par l'usage de certains stimulants lymphatiques tel que l'acide salicylique.

DE AMICIS, en 1896, a publié l'article auquel FOURNIER fait allusion. Il ne croit pas qu'il y ait un rapport inverse entre l'intensité de l'adénopathie et la gravité du pronostic. Pour appuyer son opinion, il cite quatorze cas de syphilis grave accompagnée de grosses réactions ganglionnaires. Selon lui, la présence de l'adénopathie épitrochléenne, si elle n'est pas aussi constante que SIGMUND le croit, n'est certainement pas aussi rare que l'affirme THIECMEN, « et, dit-il, on ne peut pas se tromper de beaucoup en disant que l'adé-

nopathie épitrochléenne est le poulx de la syphilis »... ? ? ? Il a étudié les chiffres fournis par une consultation de dermatologie de Naples en 1895-96, et trouve que sur 2.119 cas on avait trouvé 480 cas d'adénopathies épitrochléenne. D'un autre côté, le professeur DE AMICIS, dans sa clinique privée, n'avait trouvé que 13 cas sur 100 où n'apparaissaient point d'adénopathies épitrochléenne. Enfin, sur 10 cas de syphilis tardive 3 cas seulement ne présentaient pas d'adénopathie. Il explique la différence de pourcentage par le fait que l'examen des ganglions est plus poussé dans sa clinique privée.

DE AMICIS signale un cas qu'il a eu l'occasion d'observer : celui d'un sujet ayant été contaminé depuis 70 jours et porteur d'un chancre en voie de guérison. Il n'y avait aucune lésion de la peau et des muqueuses; les ganglions inguinaux et cervicaux étaient à peine palpables, mais les épitrochléens, à droite et à gauche, étaient nettement hypertrophiés. Il fut conseillé au malade de revenir dans trois semaines, et alors il présentait une roséole papuleuse; à ce stade les épitrochléens avaient encore grossi et il y avait une légère infiltration des inguinaux droits, rien à gauche, les autres ganglions n'étaient pas palpables. DE AMICIS considérait que l'adénopathie épitrochléenne était presque constante, et quoiqu'elle puisse disparaître en même temps que les autres, elle persistait pourtant dans beaucoup de cas, et que cette permanence était le seul signe qui put permettre au clinicien de dépister les formes latentes de la syphilis.

Il passe en revue les travaux qui traitent des gommes ganglionnaires et il conclut qu'elles peuvent apparaître dans la quatrième année qui suit l'infection et qu'elles peuvent être unilatérales ou bilatérales. Il cite 8 cas de gommes lymphatiques observés dans sa clinique de Naples et donne les résultats des autopsies avec les conclusions bactériologiques et histologiques. Ses conclusions sont que l'adénopathie épitrochléenne est une des manifestations les plus fréquentes de syphilis; que son absence peut être due à une déficience physiologique du ganglion; que son hypertrophie n'étant pas causée par des lésions du territoire de ce ganglion, elle apparaît comme une évidence d'infection générale; qu'elle peut s'accompagner d'hypertrophie d'autres ganglions superficiels ou se présenter seule; qu'elle apparaît à la période tertiaire aussi bien mais plus rarement qu'à la période secondaire, mais exceptionnellement à la période primaire; qu'elle peut persister quand les autres adénopathies se sont résorbées, ce qui constitue sa grande valeur au point de vue diagnostic. Il termine sur cette opinion que l'adénopathie épitrochléenne, tout en étant un signe de grande valeur clinique en faveur de la syphilis, doit néanmoins appeler certaines réserves parce qu'elle peut apparaître au cours de certaines autres affections. En tout cas, sa présence, quand on peut éliminer d'autres causes d'infection dans le territoire du ganglion, est un signe précieux dans les diagnostics douteux.

MUSSER, en 1904, dit que l'hypertrophie des gan-

gliions épitrochléens et post-cervicaux, et en général de tous les ganglions lymphatiques, indique la syphilis. Il insiste beaucoup sur l'adénopathie épitrochléenne, il la juge de grande importance, car, dit-il, elle est rarement due à une autre cause que la syphilis.

KEYES, dans son livre publié en 1908, sur la syphilis, dit que l'adénite syphilitique généralisée suit immédiatement la première éruption et disparaît dans l'année; elle est extrêmement rare après la première année. L'adénite secondaire dure de un à trois mois, très rarement au delà de la seconde ou troisième année. Il est absurde, selon lui, de se baser sur ce signe pour poser un diagnostic après le premier mois de la maladie. « Diagnostiquer la syphilis sur l'état des ganglions est, dit-il, une aventure périlleuse. » Ceci nous conduit à FOURNIER (1872).

BATTU, en 1909, déclarait que l'adénopathie épitrochléenne était une raison pour soupçonner la syphilis, mais ajoutait qu'il avait observé ce signe souvent chez des sujets tuberculeux et qu'il n'était pas absolument caractéristique. Il pensait qu'en l'absence d'otite, de tuberculose osseuse, de *pediculus capilis* et d'eczéma du cuir chevelu, la présence des ganglions mastoïdiens et occipitaux devait toujours éveiller l'idée de syphilis; associés à des ganglions épitrochléens, ils garantissaient l'origine syphilitique.

FRIEDLANDER, en 1912, recueille des statistiques sur l'état des ganglions superficiels sur 100 cas de syphilis nette avec Wassermann positif, et 100 cas de non-

syphilis nette avec Wassermann négatif, il donne quelques tableaux intéressants desquels on peut conclure que :

Il y a adénopathie générale en cas de syphilis.

L'hypertrophie de certains ganglions est plus marquée que d'autres.

Sa classification par ordre d'importance est la suivante :

Épitrochléens; occipitaux; post-cervicaux.

L'hypertrophie décroît en raison directe de l'âge de l'infection.

Les hypertrophies bilatérales sont plus significatives que les hypertrophies unilatérales.

SHILLITZ, en 1912, dans une publication, traite de l'hypertrophie générale des ganglions superficiels, il la considère comme le premier effet de la généralisation du processus syphilitique. Il dit avoir vu un cas chez lequel, avant toute trace d'éruption secondaire, presque tous les ganglions superficiels du corps pouvaient être non seulement palpés mais vus. L'hypertrophie des ganglions lymphatiques était le seul signe qui permettait de diagnostiquer la nature du chancre; elle formait un relief général du système lymphatique du sujet. Il insiste sur l'intérêt de l'état ganglionnaire et en particulier des épitrochléens dans le diagnostic de la syphilis.

POWER et MURPHY, en 1914, donnent l'ordre d'importance suivant :

ante-cervicaux,
post-cervicaux,
épitrochléens.

Mc DONAGH, en 1916, considère que les cas où les ganglions lymphatiques sont le plus souvent hypertrophiés, sont ceux où l'infection est bénigne et où l'examen histologique révèle le plus petit nombre de spirochètes. Les cas où les ganglions sont les plus petits et les plus durs sont ceux où l'infection est grave et où l'examen histologique révèle le plus grand nombre de parasites. On peut dire donc, qu'il existe un rapport constant entre le volume des ganglions et les possibilités de défense de l'individu contre la maladie.

MONTGOMERY, en 1917, oppose d'une façon frappante les conditions défavorables du système vasculaire sanguin aux conditions favorables du système lymphatique pour ce qui est de la vie du spirochète.

POTTENGER, en 1917, dit : « L'infection de plusieurs tissus en même temps apparaît rarement dans les cas de tuberculose, sauf lors des dernières étapes de la maladie, tandis que c'est la règle dans l'invasion syphilitique. »

SUTTON, en 1918, dit qu'on ne doit pas attacher trop d'importance à la présence de ganglions lymphatiques palpables; on les trouve fréquemment chez les sujets maigres et indemnes de syphilis; chez les adipeux, au contraire, ils sont introuvables même si hypertrophiés et indurés.

HAZEN, en 1919, discute la réaction lymphatique en

terrain syphilitique et cite FRIEDLANDER ; il attache une certaine importance à l'hypertrophie des pectoraux, mais ne croit guère à la valeur diagnostique des ganglions épitrochléens.

DOUMER, en 1920, dit que l'adénopathie épitrochléenne est plus commune dans les cas bénins ; il trouve que la présence de ce signe chez les non-syphilitiques est très exceptionnel toutes les fois qu'on peut éliminer les affections locales ou générales, telles que la leucémie, etc... A propos de l'adénite tuberculeuse il dit que LEVY FRANKEL avait examiné tous les cas de tuberculose passés dans son service de Saint-Louis pendant une très longue période et n'avait jamais trouvé d'adénopathie épitrochléenne même chez les enfants atteints d'adénites tuberculeuses des autres régions. Il disait que le domaine de la scrofule était les ante-cervicaux, les sous-maxillaires, les inguinaux et les ganglions iliaques. Quand, en plus, on trouvait l'adénopathie des post-cervicaux et en particulier des épitrochléens, on pouvait considérer le sujet comme syphilitique. On pouvait conclure, qu'à part la syphilis, il n'y a pas de maladie qui provoque l'hypertrophie des épitrochléens, et dans tous les cas où ce signe apparaît la syphilis existe.

BROWN et PEARCE, en 1920, disent : « Quoique les spirochètes soient largement répartis à travers l'économie pendant les périodes latentes, de même que pendant les périodes actives, leur répartition n'est pas régulière et le principal centre d'infection est le tissu lymphatique. Ils insistent sur l'intérêt de l'état gan-

glinnaire pour préciser un diagnostic de syphilis latente, ils attachent un intérêt tout spécial à l'état des ganglions épitrochléens.

Ainsi donc, pour nous résumer, c'est, semble-t-il, Sigmund qui fut le premier à signaler l'importance de l'hypertrophie du ganglion épitrochléen au cours de la syphilis secondaire.

CAMPANA, en 1870, appelle l'attention sur les adénopathies superficielles au cours de la syphilis secondaire, il plaçait l'hypertrophie des ganglions épitrochléens au dernier plan.

FOURNIER, en 1872, insiste sur leur rareté; en 1889 il modifie son opinion à ce sujet et croit qu'on rencontre les adénopathies épitrochléennes plus souvent qu'il ne l'avait publié.

KEYES, en 1908, ne croit pas à l'intérêt diagnostic des ganglions lymphatiques, il déclare à ce sujet qu'orienter un diagnostic de syphilis sur une adénopathie épitrochléenne, comme certains l'ont préconisé, est une aventure dangereuse.

POWER et MURPHY, en 1914, n'attribuent à l'hypertrophie des épitrochléens qu'une importance secondaire.

SUTTON, en 1918, et HAZEN, en 1919, publient des articles dans lesquels ils nient tout intérêt diagnostique au ganglion épitrochléen.

Bien différentes à ce sujet sont les conclusions de :

DE AMICIS (1896), suivant lequel l'adénopathie épitrochléenne est une des manifestations les plus fré-

quentes de la syphilis. Il en fait même un signe d'un gros intérêt diagnostic.

MUSSER, en 1904, insiste sur le fait que le ganglion épitrochléen est rarement hypertrophié pour d'autres causes que la syphilis.

BATTU, en 1919, déclare que la découverte d'un ganglion épitrochléen doit toujours éveiller l'idée de syphilis.

FRIEDLANDER, en 1912, attache une grande importance à la présence de l'adénopathie épitrochléenne, surtout dans les cas où elle est bilatérale. Dans ce cas, dit-il, on peut porter à coup sûr le diagnostic de syphilis.

DOUMER, en 1920, déclare que les ganglions épitrochléens se rencontrent exceptionnellement en dehors de la spécificité; quand ce signe apparaît on peut presque toujours affirmer son origine syphilitique.

ANATOMIE DES GANGLIONS EPITROCHLÉENS

Les grands troncs collecteurs lymphatiques qui naissent au niveau des téguments des doigts et des mains courent dans le tissu cellulaire sous-cutané vers la racine des membres. Ils diminuent en nombre au fur et à mesure qu'ils s'élèvent. Dans l'avant-bras ils sont environ 30, mais au milieu du bras, ils ne sont plus que 15 à 18. Dans l'avant-bras ils tendent à se diviser en groupe interne, externe et moyen. La majorité de ces collecteurs aboutit au niveau du voisinage de la partie inférieure du pli du coude; là ils pénètrent dans l'aponévrose profonde et se terminent dans la chaîne humérale des ganglions axillaires; deux ou trois des collecteurs les plus internes se terminent dans le ganglion épitrochléen.

Le ganglion épitrochléen n'est pas constant mais très fréquent.

Il siège à la partie inférieure et intérieure du bras, le long du bord intérieur du biceps et à quelques cen-

timètres au-dessus de l'épitrachée, 3 à 4 pour Poirier et Charpy.

Il peut être unilatéral ou bilatéral; généralement constitué par un ganglion unique il peut, plus rarement, être formé de deux ou trois ganglions.

De petit volume, légèrement aplati, il repose sur l'aponévrose humérale et est ainsi recouvert non seulement par la peau mais par la couche de tissu cellulaire graisseux; de là vient la difficulté et souvent l'impossibilité de le palper chez un sujet normal. Quelquefois il y en a deux ou plus rarement trois, situés les uns au-dessus des autres en série et connectés par des vaisseaux afférents. Les pathologistes considèrent que l'hypertrophie de cette glande indique des lésions des troncs qui forment le groupe postéro-interne et plus particulièrement de ceux qui naissent dans les deux derniers doigts. Souvent, en vérité, cette opinion est justifiée, mais on ne doit pas oublier que l'hypertrophie peut être causée par des lésions touchant le côté radial de la main ou de l'avant-bras, elle est alors expliquée par la rapide généralisation de l'infection, généralisation qui est facilitée par les nombreuses anastomoses qui existent entre les troncs lymphatiques des membres supérieurs.

D'après STAHR, le système lymphatique d'une région donnée passe par trois stades glandulaires distincts :

1) Les petits nodules glandulaires (Schaltdrüsen), dont la présence n'est pas constante et le nombre

variable. Ils aboutissent à un premier relais ganglionnaire.

2) Les ganglions régionnaires (regionendrüsen) ; là, les ganglions sont plus importants et leur présence plus constante. Ils traversent un ou plusieurs relais secondaires ou

3) Les ganglions intermédiaires (intermediaredrüsen), avant de se jeter dans les collecteurs terminaux ; ces ganglions intermédiaires peuvent d'ailleurs constituer des centres régionnaires pour les lymphatiques émanés d'une autre partie du corps.

Il y a des formes intermédiaires entre les ganglions régionnaires et les nodules glandulaires interrupteurs, telle est la place assignée aux épitrochléens.

De cette description des ganglions épitrochléens il apparaît que :

Ils irriguent une surface liffitée et peu importante.

C'est le 1^{er} ganglion à travers lequel le courant lymphatique venant de l'extrémité du membre supérieur passe.

Il est généralement accessible à la palpation lorsque hypertrophié.

Il repose sur un lit solide d'aponévrose.

Il n'y a pas d'organe voisin susceptible de contrarier la palpation ou d'en fausser l'interprétation.

MÉTHODES DE PALPATION

Le coude du patient étant fléchi presque à angle droit, son avant-bras étant supporté par la main du clinicien, correspondant au côté à examiner réalise la position la plus favorable pour apprécier l'état des ganglions; les muscles du bras se trouvant ainsi relâchés. L'autre main est placée au-dessus du condyle interne, les quatre doigts exerçant une pression en dehors et en arrière, la main qui palpe se meut de haut en bas, exerçant une pression régulière sur l'aponévrose à travers la peau et les tissus sous-cutanés.

Si le ganglion est palpable, il apparaît généralement sous la forme d'une masse dure élastique mobile de la taille d'un pois.

On peut également rechercher la glande par une palpation transversale, mais la pression de la main dans le sens vertical est une méthode plus sûre qui prête moins à la confusion, car l'aponévrose profonde chez certains malades peut donner l'impression d'une solution de continuité et fausser ainsi l'interprétation. On doit palper toute la longueur de l'aponévrose, la

situation du ganglion étant variable. Sur cette aponévrose reposent également la veine basilique et les vaisseaux lymphatiques qui l'accompagnent ; ce paquet vasculaire perfore l'aponévrose légèrement en dessous de la partie médiane du bras; il apparaît donc comme inutile de rechercher le ganglion au-dessus de ce niveau; cependant il arrive, dans quelques cas exceptionnels, que l'on découvre le ganglion séparé du condyle interne par une distance plus grande que celle que l'on vient d'indiquer.

ANOMALIES ANATOMIQUES

Les anatomistes sont d'accord pour dire que le ganglion épitrochléen n'est pas constant. Malheureusement aucun d'eux ne donne le pourcentage de cas dans lequel il est absent, unilatéral, multiple ou de situation anormale. En l'absence de chiffres nets, peut-être pouvons-nous donner l'avis de RULISON qui pense que le ganglion est probablement absent, rudimentaire ou anormalement placé dans une proportion de 10 à 14 % des cas; qu'il est unilatéral dans 14 à 20 % des cas; il estime qu'il est bilatéral et suffisamment développé pour devenir palpable quand il est hypertrophié chez 72 à 75 % des individus. Il pense que chez trois pour cent des sujets environ, les ganglions sur l'un ou l'autre des côtés sont multiples, généralement au nombre de deux ou trois, mais on en a trouvé jusqu'à cinq.

PATHOGÉNIE

Certains syphiligraphes ont soutenu que ces adénopathies secondaires étaient toujours symptomatiques, c'est-à-dire provoquées par des lésions des téguments cutanés ou muqueux, mais, s'il est exact que l'on voit apparaître certaines adénopathies à la suite et au voisinage de certaines localisations syphilitiques, il paraît bien osé d'établir une relation absolue de cause à effet entre ces déterminations cutanées ou muqueuses et les engorgements ganglionnaires.

Ce n'est d'ailleurs que bien rarement que les adénopathies se développent sous l'influence de lésions secondaires tout comme l'adénopathie primitive sous l'action du chancre; d'ailleurs, entre les lésions secondaires et le chancre il existe une différence considérable au point de vue de l'influence que ces deux ordres d'accidents peuvent exercer sur les ganglions. Tandis qu'avec le chancre, l'adénopathie n'a pas, pour ainsi dire, le droit de faire défaut, qu'elle est forcée, fatale, avec les lésions secondaires l'adénopathie est seulement éventuelle, possible, elle peut se produire

ou ne pas se produire; et, très souvent, en effet, elle ne se produit pas. Les exanthèmes cutanés, par exemple, ne développent presque jamais d'adénopathies; le psoriasis palmaire entre autres laisse absolument indemnes les ganglions du bras et de l'aisselle, les syphilides vulvaires ne retentissent qu'assez rarement sur les ganglions de l'aîne.

D'autre part, le plus grand nombre d'adénopathies secondaires se produisent sans être motivées par le moindre phénomène local, cutané ou muqueux; tels ces deux malades cités par PRINCE MORROW, porteurs d'adénopathies généralisées en dehors de toute éruption.

Telle est l'adénopathie épitrochléenne au cours de la syphilis secondaire; elle se manifeste le plus souvent sans la plus légère dermatose de la main et de l'avant-bras, apparaissant ainsi comme un épiphénomène au cours de la septicémie tréponémique.

DESCRIPTION DES DIFFÉRENTES FORMES D'ADÉNOPATHIE ÉPITROCHLÉENNE AU COURS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

Celle qu'on rencontre le plus fréquemment est constituée par des adénopathies essentiellement :

- aphlegmasiques,
- indolentes,
- spontanément résolutive.

Comme volume, ces adénopathies secondaires sont peu importantes; elles n'offrent en moyenne que des proportions d'un pois; ce n'est que rarement qu'elles atteindront les proportions d'une olive ou d'une demi-noix, exceptionnellement d'une noix.

Elles débutent et se constituent sourdement, insidieusement, sans attirer l'attention du malade qui en ignore l'existence, et ne seront révélées que par l'examen du clinicien. C'est assez dire combien elles sont indolentes dans leur développement, c'est dire aussi

qu'elles sont absolument aphlegmasiques, ne déterminant ni chaleur de peau ni rougeur locale, ni phénomènes réactionnels généraux, ni troubles périphériques d'aucun genre. Ce sont, en un mot, des intumescences glandulaires et rien de plus, des intumescences glandulaires lisses à leur surface, fermes et dures, et donnant bien l'idée d'une infiltration ganglionnaire.

Elles ne contractent aucune adhérence avec les tissus ambiants; elles restent libres et mobiles, ce qui permet d'en apprécier à la fois le volume la forme et la rénitence; elles roulent librement sous le doigt.

Elles diffèrent donc notablement par cet ensemble de caractères des adénopathies inflammatoires ou strumeuses, dont le propre est de former de rapides adhérences avec le stroma cellulaire périphérique et de se masser avec les tissus ambiants.

Une fois qu'elles ont acquis leur complet développement ces adénopathies restent ce qu'elles sont, cela pour un temps variable, toujours assez long, pendant plusieurs mois au minimum, pour un temps beaucoup plus long en général. Elles demeurent absolument stationnaires sans subir la moindre modification, puis, à un moment donné, elles commencent à perdre de leur consistance et à diminuer de volume. Elles se résorbent alors progressivement sans phénomène nouveau, s'atrophient sur place, puis disparaissent. Elles sont donc spontanément résolutive.

Au total, le trait prédominant de cette symptomatologie, c'est la bénignité des symptômes. Aussi a-t-on

pu dire que ces adénopathies étaient plus curieuses qu'importantes. De là cette conséquence qu'elles ne réclament aucune intervention thérapeutique spéciale et, dans cette première forme tout au moins, il est absolument superflu de leur opposer, en dehors du traitement général antispécifique, la moindre médication locale.

Leur véritable intérêt est donc scientifique et surtout sémiologique. Ce sont des indices, des témoins utiles à consulter dans les cas de diagnostic obscur, des signes propres à éveiller un soupçon, à mettre sur la piste des syphilis méconnues, ignorées ou dissimulées. A ce point de vue, l'adénopathie épitrochléenne est particulièrement significative, et cela pour deux raisons :

D'abord ce sont des adénopathies communes ; parmi les adénopathies secondaires, on peut les classer parmi celles qui font le moins souvent défaut.

Et ensuite elles occupent un siège où il est assez rare que d'autres affections déterminent des engorgements ganglionnaires.

Voilà pourquoi certains auteurs, et plus particulièrement DE AMICIS, ont donné une grande importance sémiologique à l'adénopathie épitrochléenne. Ce savant syphiligraphe n'hésite pas à considérer cette adénopathie comme « un élément des plus précieux pour le diagnostic de la syphilis et cela en raison :

de sa grande fréquence ;

de son accessibilité à la palpation ;

et surtout de sa persistance possible pendant de

longues années, auquel cas elle peut constituer le signe unique qui atteste l'infection déjà ancienne.

A côté de cette forme usuelle qui, de beaucoup, est la plus fréquente, on peut voir une forme confluente. Cette forme diffère essentiellement de la précédente par le nombre de glandes infectées et aussi par leur volume. Le plus habituellement, on l'a vu d'après ce qui précède, les adénopathies épitrochléennes secondaires sont discrètes. Cependant, parfois, elles peuvent être multiples, constituées par 2, 3, voire même 5 ganglions infectés; ils présentent tous les caractères des adénopathies précédemment décrites; ils sont cependant un peu plus volumineux en général.

Si la forme usuelle de l'adénopathie épitrochléenne, au cours de la syphilis secondaire, est constituée par un ganglion unique, indolent, mobile; si, plus rarement, on peut voir des formes confluentes déterminées par la présence de plusieurs ganglions infectés; ce n'est qu'exceptionnellement que les adénopathies épitrochléennes, modifiées par la qualité du terrain sur lequel elles se développent, dégénèrent en adénopathies strumeuses.

Au début, les adénopathies de cet ordre ne diffèrent en rien des espèces précédentes, mais bientôt, au lieu de se borner aux proportions relativement minimes que ne dépassent guère les adénopathies de provenance purement syphilitique, elles continuent à s'accroître et deviennent anormalement volumineuses.

et finissent par constituer de grosses masses irrégulières.

Nous croyons intéressant à ce sujet de rappeler ici une observation publiée par Queyrat, en 1903. « Il s'agit d'une adénopathie épitrochléenne chez un syphilitique. Le malade qui en était porteur était au quatrième mois de son infection et présentait à droite deux ganglions épitrochléens, tandis qu'à gauche existait une véritable masse ganglionnaire ayant les dimensions d'une petite noix. A l'examen cette masse semblait constituée par l'agglomération de quatre ganglions; vous allez voir qu'en réalité il y en avait davantage. Cette petite tumeur gênait le malade, l'empêchait de s'accouder, tant et si bien que, comme elle tardait à disparaître sous l'influence du traitement anti-syphilitique, il en réclama l'ablation. Une petite intervention chirurgicale l'en débarrassa et je pus alors constater qu'en réalité la masse ganglionnaire comprenait 5 ganglions épitrochléens. Ce fait prouve que les anatomistes sont au-dessous de la vérité quand ils disent qu'il existe 1 ganglion épitrochléen, quelquefois 2, rarement 3. Plusieurs fois, pour mon compte, j'en ai trouvé 4 et voilà la preuve anatomique que l'on peut en trouver jusqu'à 5. »

ÉCHÉANCE D'APPARITION

Pour FOURNIER, c'est au début même de la période secondaire que se fait, ou tout au moins se révèle cliniquement la prise de possession du système lymphatique par la syphilis. A cette époque il se produit vers ce système un grand mouvement de prolifération, sans doute préparé depuis un certain temps par un processus silencieux.

Quoi qu'il en soit, c'est en coïncidence avec les premières poussées éruptives secondaires, quelquefois même un peu auparavant, qu'on voit poindre de divers côtés des adénopathies spéciales, notamment, à ne parler que des plus communes, celles qui ont pour siège, outre la région épitrochléenne, la région de la nuque, les apophyses mastoïdes, le cou, etc... ; et c'est peu de temps après, vers l'époque où les dermatoses secondaires battent leur plein, que cette prolifération ganglionnaire atteint son apogée. Ces adénopathies, toutefois, peuvent se manifester à une époque plus tardive, mais elles restent alors isolées ;

en tous cas, elles deviennent de plus en plus rares à mesure que la maladie s'éloigne de son début.

Mais, si les adénopathies secondaires sont extraordinairement communes, les cordons lymphatiques sont le plus souvent respectés, aussi les lymphopathies secondaires sont-elles relativement rares.

RULISON, qui a étudié l'état des ganglions épitrochléens chez 42 sujets, dont le chancre ne datait pas de plus de deux mois, déclare que l'examen a été négatif dans 33,33 % des cas, l'adénopathie bilatérale ayant été beaucoup plus fréquente que l'unilatérale.

Dans 40 cas où il a été possible d'apprécier nettement la période écoulée depuis l'apparition du chancre et il a dressé la statistique suivante :

— Dans 16 cas le chancre remontait à quinze jours; dans 6 cas, on trouvait des ganglions épitrochléens. Dans 6 cas, le chancre datait de vingt à vingt-cinq jours; dix sujets étaient porteurs d'adénopathies épitrochléennes. Enfin, dans 11 cas, le chancre datait de trente à quarante jours, et on a trouvé huit malades atteints d'adénopathie épitrochléenne.

Il conclut que, si l'adénopathie épitrochléenne apparaît sans doute dans un certain nombre de cas au cours de la période primaire, elle devient surtout fréquente et nette à mesure que l'on s'approche de la période secondaire. En tout cas, il affirme que l'adénopathie ne se rencontre qu'exceptionnellement avant l'apparition de la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann.

FRÉQUENCE DE L'ADÉNOPATHIE ÉPITROCHLÉENNE AU COURS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

RULISON a étudié dans son service de l'hôpital Bellevue, à New-York, pendant l'année 1920, quatre-vingt-quatorze cas de syphilis présentant des lésions secondaires nettes et dont l'infection datait de plus de trois mois et de moins de deux ans. Sa statistique portait uniquement sur des hommes et cela, explique-t-il, pour deux raisons; d'abord, les femmes étant plus adipeuses, l'examen se trouve être plus délicat; et ensuite, chez elles, le chancre passe souvent inaperçu; l'âge de la syphilis se trouve ainsi difficile à préciser.

Voici ses statistiques portant sur 94 cas.

Il n'aurait pas trouvé d'adénopathies épitrochléennes seulement dans 12,77 % des cas. Il aurait eu des résultats positifs dans 87,23 % des cas, qu'il détaille de la façon suivante :

72,34 % adénopathies bilatérales ;

14,89 % adénopathies unilatérales.

Il conclut que la présence d'adénopathies épitrochléennes au cours de la syphilis secondaire est presque constante. Les cas négatifs peuvent s'expliquer par une absence congénitale ou une anomalie de la glande.

Sa conception se trouve ainsi en opposition avec les idées de FOURNIER qui, en 1872, déclarait que l'on prêtait une importance diagnostique exagérée à l'état des ganglions épitrochléens; pour sa part il estimait que cette adénopathie ne se rencontrait que très rarement. D'ailleurs, quelques années plus tard, il devait modifier son opinion à ce sujet; en effet, en 1889, il revient sur ses premières affirmations, reconnaît aux ganglions épitrochléens une valeur sémiologique, il dit les retrouver dans 25 % des cas.

En ce qui nous concerne, il nous a été donné d'observer à l'hôpital Saint-Louis, et en particulier au pavillon Brocq, dans le service de notre Maître, M. le Professeur agrégé SÉZARY, 82 cas de syphilis secondaire nette, présentant des signes indubitables d'infection syphilitique récente, cliniquement : lésions de la peau ou des muqueuses, biologiquement : réaction sérique positive.

Dans 39 cas nous avons trouvé la présence d'une adénopathie épitrochléenne; dans 32 cas cette adénopathie était bilatérale; dans 7 cas unilatérale.

DURÉE DE L'ADÉNOPATHIE ÉPITROCHLÉENNE

Actuellement tous les auteurs paraissent admettre la persistance de l'adénopathie épitrochléenne; s'il est difficile de fixer sa disparition, l'on est bien obligé d'admettre sa ténacité ainsi qu'en témoignent ces quelques observations.

OBSERVATION I

S..., porteur d'un chancre syphilitique, l'ultra-microscope, avait montré la présence de tréponèmes; le Wassermann et le Hecht, pratiqués dans le sérum de ce malade, ont été totalement positifs. Il était porteur d'une adénopathie épitrochléenne bilatérale. On commence le traitement : on injecte à ce malade 15 centigrammes de novar et une ampoule de muthanol. Le lendemain, ce malade fait une réaction de Herxheimer traduite cliniquement par l'apparition d'une roséole. On continue le traitement, la roséole disparaît; à la fin de cette première série on avait totalisé 5,75 grammes de novar et 9 piqûres de muthanol. Son Wassermann n'était plus que faiblement positif, son adénopathie épitrochléenne n'avait nullement diminué.

OBSERVATION II

M... vient consulter pour éruption suspecte. Il était porteur de syphilides papuleuses et de plaques muqueuses de la langue; son Wassermann était positif total. Il avait une adénopathie épitrochléenne unilatérale siégeant à droite. Ce malade reçut un traitement mixte : Novar : 7 grammes; 2 piqûres de Bivato; 7 piqûres de Quinby. Ses accidents cutanés ou muqueux avaient disparu, son Wassermann devenu négatif. Seule persiste l'adénopathie épitrochléenne, nullement modifiée par le traitement.

OBSERVATION III

P..., porteur d'un chancre syphilitique, ayant débuté depuis 30 jours. A l'ultra microscope on a trouvé des tréponèmes, son Wassermann était faiblement positif, le Hecht positif total. Il était porteur d'une adénopathie épitrochléenne bilatérale. Ce malade fut traité uniquement par du Novar. A la fin de son traitement le Wassermann était négatif, le Hecht partiellement positif, les ganglions épitrochléens ne s'étaient pas modifiés. On fait à ce malade une deuxième série de traitement, série mixte de Novar et de Muthanol; à la fin de cette série, le Hecht est complètement négatif; on ne retrouve plus de ganglions épitrochléens à gauche, mais à droite l'adénopathie ne s'est pas modifiée.

OBSERVATION IV

M... : en pleine période secondaire, porteur d'accidents cutané-muqueux typiques : roséole papuleuse, plaques muqueuses anales. On ne trouve pas de trace de chancre. Son Wassermann était positif total. Ce malade était porteur d'une grosse adnéopathie unilatérale droite (olive). On lui fait subir une série mixte de Novar et de Bismuth

qui détermine la disparition des accidents de la peau et de la muqueuse; le Wassermann reste partiellement positif, l'adénopathie n'a pas diminué. On pratiqué une deuxième série de Novar semblable à la première; le W. est négatif. L'adénopathie a légèrement diminué, mais reste nettement appréciable à la palpation.

AUTRES ÉTIOLOGIES

D'ANÉNOPATHIE

ÉPITROCHLÉENNE

Certes, les adénopathies épitrochléennes peuvent avoir d'autres causes que la syphilis, néanmoins on ne les confondra que rarement avec les engorgements ganglionnaires spécifiques.

Les infections de la main et des avant-bras peuvent être facilement éliminées par l'examen clinique et bactériologique; de plus, elles sont généralement unilatérales et se présentent comme des adénopathies aiguës : augmentation rapide de volume, douleurs, rénitences, périadénite. Si l'infection a été suffisamment violente pour causer une hypertrophie durable, il est facile de trouver des traces évidentes de la lésion primitives (cicatrices, etc...).

Le prurit chronique généralisé est une cause fréquente d'adénopathie épitrochléenne ou de localisations autres. De même, quantité d'affections parasitaires ou d'affections cutanées (eczéma, herpès, etc...)

peuvent également produire des ganglions palpables, mais ces adénopathies pourront le plus souvent être aisément rapportées à leur cause.

La leucémie et la maladie de Hodgkin sont moins facilement différenciées, mais l'état ganglionnaire et l'examen de la rate, l'histoire de la maladie mettront le clinicien en garde, l'examen du sang posera le diagnostic.

L'adénopathie qui accompagne les fièvres éruptives a une évolution bien connue, elle disparaît généralement dans les cas normaux avec la période aiguë, rarement elle se prolonge plus de quelques semaines,

Le diagnostic le plus délicat est celui des adénopathies épitrochléennes d'origine tuberculeuse. Contrairement à ce que pensait EDMUNDS, lequel, parlant des épitrochléens, disait : « Il est rare de trouver des ganglions touchés par la tuberculose, on les rencontre cependant parfois dans les cas de tuberculose osseuse de la main » on admet aujourd'hui que dans la tuberculose de première infection l'atteinte du système lymphatique est fréquente, et qu'en particulier, les ganglions épitrochléens sont souvent hypertrophiés.

Déjà, en 1903, QUEYRAT publiait un cas d'adénopathie bilatérale chez un individu indemne de syphilis. Dans ses conclusions il insiste sur l'importance de l'adénopathie épitrochléenne, surtout lorsqu'elle est bilatérale au point de vue de la syphilis. « Je suis de ceux, dit-il, qui ne manquent jamais de la rechercher, je reconnais sa très grande fréquence, et j'apprécie sa valeur clinique; mais il importe, pour éviter des

erreurs et des mécomptes, d'être prévenu que d'autres affections que la syphilis peuvent déterminer ce retentissement ganglionnaire spécial et, à ce point de vue, la tuberculose paraît devoir occuper le premier plan. »

CONCLUSIONS

Ainsi donc l'intérêt diagnostique que présente l'adénopathie épitrochléenne au cours de la syphilis secondaire est multiple.

— La position anatomique des ganglions épitrochléens les rend facilement accessibles à la palpation. Le territoire qu'ils drainent est bien connu et facile à explorer.

— L'apparition de l'adénopathie est relativement fréquente au cours de la syphilis secondaire ; nous l'avons trouvée dans près de la moitié des cas.

— Certes, sa présence n'est pas pathognomonique, mais elle plaide fortement en faveur de la syphilis ; seule la tuberculose, avec ses adénopathies multiples et sa grosse rate, pourrait en imposer pour la spécificité.

— Sa persistance est bien spéciale, car elle ne cède

que lentement au traitement; aussi il arrive fréquemment, les lésions cliniques disparues, la réaction de Wassermann négativée, que, seule, persiste l'hypertrophie ganglionnaire, dernier témoin de l'infection tréponémique.

Vu : *Le Président,*
GOUGEROT.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BROWN W. H. et PEARCE L. — a) Latent infections with the démonstration of Spirochete Pallida in Lymphoid Tissue of the Rabbit. *Am. Jour. Syph.* Janvier 1920.

b) Experimental Production of Clinical Types of Syphilis in the Rabbit. *Arch. Derm. and Syph.* Paris, 1921.

c) A note on the dissemination of Spirochete Pallida from the Primary Focus of Infection. *Arch. Derm. and Syph.* Octobre 1920.

d) The resistance developed by the reaction to Syphilitic infection. *Arch. Derm. and Syph.* Décembre 1920.

FERNET C. — Des adénopathies en général et de leur valeur diagnostique. *Jl de Méd. et de Chir. Prat.* 1917.

HUNTER W. K. — Certain chronic glandular enlargements. *Lancet*, London, 1912.

HIGHMAN W. J. — *Dermatology*, Macmillan, New-York, 1921.

RICORD Ph. — *Nouveau traité des maladies-vénériennes.*

MONTGOMERY D. W. — The behavior of the lymphatic system in syphilis. *Am. Jl Syph.* 1917.

FOURNIER A. — Des adénopathies secondaires. *Ann. Dermat. et Syph.* Paris, 1872-1873.

- SAPPEY Ph. C. — Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques chez l'homme et les vertébrés. *Traité d'Anatomie descriptive*, Paris, 1888.
- POIRIER P. et CHARPY A. — *Traité d'Anatomie humaine*.
- LEAF C. J. — *The surgical Anatomy of the Lymphatic Glands*. London, Constable et C°, 1898.
- DELAMÈRE G. — *The Lymphatics* (traduit en anglais par Leaf).
- VIRCHOW R. — *La Syphilis constitutionnelle*. 1860.
- SIGMUND. — *The Pathology and Treatment of Venereal Diseases*. Philadelphia, 1879.
- CAMPANA R. — Etude clinique des adénopathies syphilitiques. *Gior. Ital. Delle Mal. Vener. e Delle Mal. Del Pèlle*. Paris, 1870-1871.
- OTIS. — On a Theory o syphilitic infection. *Med. Gaz.* New-York, 1871.
- FOURNIER A. — *Traité de la Syphilis*. Paris, 1899.
- AUGAGNEUR. — Signification et Pronostic de l'adénopathie syphilitique à la période secondaire. *Ann. Derm. et Syph.* Paris, 1895.
- DE AMICIS M. — Dell' adenopaia epitroclea in rapporto alla sifilide suo valere semiologico e pronostice. *Ann. de Med. Nav.* Rome, décembre 1896.
- MUSSER. — *Medical Diagnosis*. Philadelphia, 1904.
- MONTGOMERY et CULVER. — Luetic Lymphoma in late Syphilis. *Jl Am. Med. Assn.* 1910.
- FINKELSTEIN. — *Lehrbuch der Saeuglingskrankheiten*.
- BATTUT L. — Des adénopathies chirurgicales. *Jl des Mal. Cut. et Syph.* 1909.
- FRIEDLANDER D. — The value of Lymphatic Gland examination as a factor in the diagnostic of Syphilis. *Jl Cut. Dis.* 1912.
- POWER D. A. et MURPHY. — *A system of Syphilis*. London, 1914.

- MC DONAUGH J. E. R. — *The Biology and Treatment of Venereal Diseases*. 1916.
- KEYES E. L. Jr. — *Syphilis*, 1908.
- POTTENGER F. M. — A comparison of some of the important phenomena of Syphilis and Tuberculosis. *Am. Jrl. Syph.* 1917.
- WARTHIN A. S. — The new Pathology of Syphilis. *Am. Jl Syph.*
- HAZEN. — *Syphilis*, 1918.
- SUTTON R. — *Diseases of the Skin*. 1919.
- DOUMER. — Les adénopathies sus épitrochléennes dans la syphilis. *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*. 1919-1920.
- LEVY FRANKEL. — Cité par Doumer.
- JANSELME. — Syphilis Ganglionnaire. *Gaz. des Hôpitaux*, 4 mars 1924.
- MANET et DUTHOIT. — Adénie d'origine syphilitique. *Revue Méd. Chir. des Hôpitaux de Lille*, 16 juin 1924.
- FABRE et BERNHEIM. — *Diagnostic des formes scrofuleuses de la Syphilis ganglionnaire*.
- BALZER et BELLOIR. — *Adénopathies paramammaires de la période secondaire*.
- DUBOUCHER. — Contribution à l'étude de la défense ganglionnaire dans l'infection syphilitique. *Thèse de Lyon*, 1903.
- QUEYRAT. — Deux cas d'adénopathie épitrochléenne rares. *Ann. de Derm.* 1903.
- BENOIST. — *Signification pronostique des adénopathies dans la syphilis secondaire*. Paris, 16 juin 1902.
-

